

presque toujours liées à la présence du cancer ou du tubercule, à moins qu'elles ne soient dues à la rupture dans la cavité séreuse d'un foyer hémorragique ou d'une tumeur vasculaire.

sortie elle eut une nouvelle perte; quinze jours plus tard elle y rentra de nouveau accusant les mêmes douleurs; elles étaient plus violentes la nuit que le jour.

Mon ami, le docteur Perrochaud, interne alors dans le même hôpital, écrivait le 24 janvier sur cette malade la note suivante: les crises de douleurs ont commencé à 8 heures du matin et doivent, suivant le dire de la malade, durer trois ou quatre jours; il lui semble qu'on lui arrache les entrailles, et à la fin des accès se font entendre des gargouillements perceptibles à distance; pendant ces accès la peau prend une teinte rouge, comme érythémateuse qui disparaît avec l'apaisement des crises. Pendant leur durée, les selles sont régulières et non douloureuses, il y a des nausées, une inappétence absolue. Le toucher et l'examen au spéculum n'ont fait constater aucune lésion des organes pelviens.

Elle quitta l'infirmerie au bout de cinq semaines, ayant eu deux métrorrhagies et deux crises de coliques qui ne durèrent chacune que deux ou trois jours, on les avait combattues par des applications de sangsues à l'anus.

A sa sortie, le ventre restait tuméfié, les jambes étaient maigres, elles commencèrent à enfler au bout de quelques jours, en même temps que le volume du ventre augmenta; elle n'avait plus d'appétit.

Le 5 avril, elle rentra à l'infirmerie et fut placée dans le service auquel j'étais attaché: elle se plaignait d'un sentiment de rongement et d'élançement dans la région épigastrique, elle avait une diarrhée constante, mais qui pouvait être entretenue par le régime qu'elle avait adopté, car elle ne prenait que du bouillon et de la salade; il y avait eu pendant quinze jours une telle diminution de la sécrétion urinaire, qu'elle urinait à peine; l'usage des diurétiques avait fait disparaître cette dysurie.

L'examen de la malade me fit constater les phénomènes suivants: Les battements du cœur s'entendent dans toute la poitrine, ils sont irréguliers; en arrière, aux deux bases et à droite dans une plus grande hauteur on trouve de la matité, une faiblesse extrême du bruit respiratoire et du retentissement de la voix.

Le ventre est tuméfié, des veines dilatées se dessinent à sa surface; on y constate de la fluctuation et une matité étendue sur les côtés, matité qui se déplace par le changement de position de la malade.

Les membres inférieurs présentent quelques traces d'œdème et des veines variqueuses; le pouls est fréquent.

Le lendemain de son entrée, mon chef de service lui fit appliquer des sangsues qui ne ne la soulagèrent pas. La malade se plaint d'une gêne considérable de la respiration, on lui prescrit la teinture de digitale à la dose de 25 à 40 gouttes et des frictions avec la teinture de scille et de digitale sur le ventre. Sous l'influence de cette médication, le ventre se détend un peu; les urines deviennent très-abondantes et limpides, elles renferment un peu d'albumine. Après un soulagement momentané, les accidents reparurent; la malade tomba dans un affaissement profond; la respiration était très-anxieuse; le côté gauche s'était dégagé, mais le côté droit était mat dans toute son étendue; les crachats, après avoir été sanguinolents, devinrent puriformes.

Le pouls était fréquent et dépressible, les pommettes rouges, la peau chaude.

Comme dans les autres cavités séreuses, quand il ne produit pas d'extravasation sanguine, le tubercule tend à produire du séro-pus, ce qui aggrave le pronostic des épanchements péritonitiques liés à la tuberculose. Le processus qui amène l'ulcération de l'intestin et son ouver-

L'haleine présentait une odeur fétide, la diarrhée de plus en plus abondante avait résisté à toutes les médications qu'on lui avait opposées.

Les urines étaient devenues très-rouges et laissaient déposer un sédiment abondant.

Des pétéchies se montaient sur les jambes, elle succomba le 20 mai.

*Autopsie.* — La cavité droite de la plèvre est remplie par un épanchement séreux très-abondant; le poumon comprimé adhère à la paroi costale; un caillot membrani-forme est étalé sur la surface convexe du diaphragme.

Le cœur et tous les vaisseaux renferment un sang diffluent, défibriné: à peine y trouve-t-on un très-petit coagulum.

Une sérosité abondante remplit la cavité abdominale.

Le péritoine est tapissé de fausses membranes épaisses, striées, présentant une coloration d'un rouge vif, rayé par des lignes blanchâtres, ce qui lui donne un aspect vergeté; on trouve au-dessous des granulations tuberculeuses; la couche vasculaire sous-jacente est injectée, quelques anses intestinales adhèrent à la paroi abdominale; au niveau de cette adhérence, le péritoine pariétal est revêtu d'une épaisse fausse membrane grisâtre.

La rate est enveloppée d'une fausse membrane épaisse et comme aréolée; tout le mésentère est couvert d'une éruption tuberculeuse constituée par de petites granulations dures, blanchâtres, au-dessus de laquelle s'étale une exsudation sanguine moins épaisse que celle qui recouvre l'intestin; le tissu de la rate est dur et très-dense.

Les reins et l'utérus n'offrent aucune lésion appréciable. L'intestin grêle très-raccourci, n'a que deux fois un quart la longueur du corps; les valvules conniventes sont serrées les unes contre les autres, et descendent jusqu'au voisinage de la valvule iléo-cæcale.

Au niveau de cette dernière, on aperçoit une ulcération profonde, analogue d'aspect à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde; une autre ulcération, plus profonde encore, existe au niveau du point où l'intestin adhère à la paroi abdominale; là-même se trouve une perforation dont les bords sont taillés à pic; dans le reste de l'intestin les plaques de Peyer sont saillantes et piquetées de noir, ulcérées en quelques points; le fond de quelques-unes de ces ulcérations est tapissé par une membrane d'apparence muqueuse.

Cette observation manque de beaucoup de détails importants, cependant elle m'a semblé assez intéressante pour trouver place ici: nous y voyons une péritonite hémorragique coïncidant avec une éruption tuberculeuse du péritoine chez une femme de soixante-douze ans, fait déjà très-exceptionnel; bien que la note ne dise pas que les ulcérations de l'intestin fussent de nature tuberculeuse, il me paraît difficile de leur en attribuer une autre; leur localisation dans les plaques de Peyer, ce travail de réparation qui a tapissé d'une membrane cicatricielle le fond de certains ulcères est rare dans les ulcères tuberculeux, mais on l'y observe quelquefois; à coup sûr on ne l'observerait pas dans une affection cancéreuse. Le silence de l'observation sur l'état des

ture dans le péritoine est facile à comprendre quand des adhérences préalables, véritable effort de la nature médicatrice, n'ont pas paré aux conséquences de cet accident. On se rend plus difficilement compte de ces ulcérations de l'intestin qui se font de dehors en dedans contrairement aux lois habituelles du travail ulcératif. (Voyez leçon sur le *phlegmon de la parotide*.) Peut-être dans ce cas quelque lésion du tissu sous-séreux est-elle venue favoriser cette ulcération.

*Diagnostic.* — Le point important du diagnostic des péritonites chroniques est la détermination de la condition pathogénique qui leur a donné naissance : dans l'immense majorité des cas, les péritonites chroniques sont tuberculeuses ; et, quand on ne trouve dans aucun organe des manifestations de la diathèse cancéreuse, la pensée du médecin se dirige habituellement vers l'existence probable d'un élément tuberculeux. Cependant il y a des péritonites chroniques qui ne relèvent ni du tubercule ni du cancer, elles peuvent être une des manifestations de l'alcoolisme ; les autres se développent habituellement chez des sujets strumeux, ou tuberculeux ou du moins disposés aux tubercules. On observe dans les mêmes conditions des pleurésies et des méningites derrière lesquelles on ne trouve pas la lésion caractéristique qui les ferait ranger parmi les inflammations tuberculeuses dont elles offrent l'expression symptomatique. Ce fait est digne d'attention : Qu'une inflammation suive une marche chronique ou subaiguë chez un sujet dont la constitution est faible, dont la vitalité est languissante, c'est là une loi très-générale ; mais d'où vient chez les tuberculeux cette tendance aux inflammations des membranes séreuses ? Ici la condition

poumons ne prouve pas qu'ils fussent sains, c'était au début de mon internat, j'étais chargé d'un service très-considérable, et dans la rédaction précipitée de l'observation j'ai pu omettre ces renseignements importants. Les crises violentes de douleur sont probablement imputables aux processus ulcératifs de l'intestin et à l'inflammation des tissus voisins de la perforation. Pendant ces crises de douleur survenait cette singulière congestion de la peau que j'ai notée, que M. Perrochaud avait observée avant moi, qu'on pourrait peut-être expliquer par une paralysie réflexe des vaso-moteurs : on peut se demander si c'est une congestion connexe ou analogue qui a provoqué les hémorrhagies utérines et a fait pleuvoir dans le péritoine la sérosité sanguinolente qui remplissait sa cavité, l'éruption tuberculeuse dont il était couvert suffit sans doute pour provoquer cette exhalation sanguine ; il y a d'ailleurs chez cette malade une tendance prononcée aux congestions hémorrhagiques. Elle a des pertes utérines sans lésion locale qui les puisse expliquer. A la fin de la maladie, nous voyons des pétéchies apparaître sur la peau.

pathogénique nous échappe, et cette question appelle de nouvelles études (1).

Le diagnostic des péritonites chroniques sera fondé sur l'observation attentive de l'évolution de la maladie, sur l'absence ou l'existence de complications tuberculeuses appréciables dans d'autres organes, sur l'étude du terrain constitutionnel et des conditions héréditaires, bien que, nous venons de le dire, une inflammation de séreuses chez les tuberculeux ou dans les races tuberculeuses ne soit pas toujours compliquée de productions phymateuses. Cette distinction, qui dans beaucoup de cas ne peut être exprimée que d'une manière dubitative, a une grande importance pour le pronostic ; évidemment la péritonite sans lésions tuberculeuses appréciables est moins grave que celle qui est accompagnée de ces lésions. Celle-ci peut guérir sans doute ; mais cette guérison n'est ordinairement que relative ou temporaire : si le processus tuberculeux s'arrête dans le péritoine, en général il poursuit ailleurs ses ravages et le malade n'échappe à cette complication que pour succomber à d'autres localisations de la même diathèse.

Dans la péritonite chronique qui a pour point de départ une lésion des organes pelviens, outre les renseignements fournis par la marche de la maladie, par les localisations morbides qui l'ont précédée, par le toucher vaginal et rectal, la physionomie de la maladie n'est pas en tous points celle des péritonites qui ont une autre origine : le travail morbide a toujours son foyer principal dans le bassin, c'est là qu'on trouve les rénitences les plus accentuées, la sensibilité la plus vive, tandis que dans la péritonite tuberculeuse commune les douleurs, comme la sensibilité, ont habituellement leur maximum dans les régions sus-ombilicales.

On ne confondra pas la péritonite tuberculeuse avec l'étranglement interne. On trouve dans celui-ci la tympanite, les douleurs, les vomissements qui peuvent accompagner la péritonite ; mais l'absence com-

(1) Il ne faut pas désespérer d'arriver à la solution de ce problème pathogénique qui se dérobe actuellement à nos explications. Le tubercule existe probablement dans ses formes histologiques élémentaires avant de se présenter à nos regards dans ces agrégats dont les caractères sont appréciables à la vue. Quand on voit des hydatides microscopiques ou même des crochets d'hydatides tombés dans le péritoine y produire de violentes inflammations, on conçoit que des éléments morbides figurés qui échappent à nos yeux puissent exister dans l'organisme et y incarner sous des formes matérielles déterminées ces conditions pathogéniques auxquelles nous donnons la vague dénomination de prédispositions. Il y a là un intéressant sujet de recherches.

plète des évacuations intestinales, la marche aiguë des symptômes, l'anxiété plus grande, l'apyrexie au début, l'immobilité des anses intestinales distendues sans empâtement, les commémoratifs, rendront la diagnostic facile à moins que l'étranglement, ce qui peut avoir lieu, ne vienne compliquer la péritonite; mais dans celle-ci les évacuations gazeuses et liquides ne manquent pas aussi complètement et aussi opiniâtrément que dans l'obstruction intestinale.

Dans l'entérite tuberculeuse on ne trouve ni l'empâtement ni l'immobilité des anses intestinales qui accompagnent la péritonite. Le météorisme y est moins prononcé; les douleurs et la sensibilité à la pression sont habituellement plus profondes et sont en général limitées sur le trajet du côlon et dans les régions iliaques.

Dans la péritonite la douleur est plus diffuse, plus *superficielle*, la moindre pression la réveille et quand, après avoir déprimé la paroi abdominale, on retire brusquement la main, elle éclate très-vive; tandis que par la même manœuvre la douleur peut être nulle ou peu accentuée, quand le péritoine n'est pas intéressé. Cette sensibilité douloureuse, qu'excite une pression superficielle ou un brusque relâchement de la paroi ventrale, n'a pas, au point de vue du diagnostic de la péritonite, toute l'importance qu'on lui a attribuée. On l'observe, en effet, dans les névralgies lombo-abdominales, qui compliquent fréquemment les affections des organes profonds.

Dans la tympanite hystérique ou hypochondriaque, accompagnée rarement de diarrhée, habituellement de constipation, le ventre est ordinairement indolore, il n'y a pas de fièvre, pas d'empâtement, et l'intégrité des autres organes, les autres troubles d'innervation qui précèdent ou accompagnent la tympanite éclairent le diagnostic.

Le traitement de la péritonite tuberculeuse présente deux indications principales: la première est tirée des localisations morbides dont la péritonite a été une complication: le plus souvent par conséquent de l'entérite tuberculeuse. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à propos de la diarrhée chronique.

Le lait de chèvre avec l'eau de chaux, la viande crue assistée de la pepsine, les œufs, les féculs, les jus de viande, les bouillons, seront la base du régime alimentaire.

Les calmants, les astringents, les toniques seront les principaux éléments du traitement pharmaceutique. Le traitement de la péritonite exigera en outre le repos absolu, les narcotiques qui apaisent la douleur, les vésicatoires, le collodion, les pommades ou les fomentations

calmantes au début, plus tard les pommades iodurées. J'emploie souvent la formule suivante:

℞ Axonge .....	40 grammes.
Extrait de ciguë.....	6 —
Extrait de jusquiame.....	} aa 3 —
Extrait de belladone.....	
Extrait thébaïque.....	} 4 —
Iodure de potassium.....	
Camphre.....	2 —

Ou bien on fera des applications de teinture d'iode ou de coton iodé. On peut combiner les topiques iodés avec le collodion en incorporant dans celui-ci de la teinture d'iode ou en étendant sur une couche de celle-ci une couche de collodion. Plus tard, pour favoriser la résorption des liquides épanchés, on exercera une douce compression à l'aide d'une ceinture de flanelle, qui dans tous les cas sera utile pendant quelque temps, même après la guérison, pour soutenir la paroi abdominale et la soustraire à l'impression du froid.

L'hygiène est l'auxiliaire indispensable de toutes ces médications. Dans les maladies constitutionnelles, on ne saurait trop le répéter, il faut faire la plus grande part à ces modificateurs cosmiques qui enveloppent l'organisme, stimulent et entretiennent son action et lui fournissent les éléments de la réparation.

#### APPENDICE.

Nous avons en ce moment dans nos salles un exemple de péritonite chronique dont la tympanite est un des symptômes dominants.

X..., repasseuse, habite Paris depuis quelques mois. Elle est sujette à des érysipèles de la face, accompagnés de fièvre et durant généralement de cinq à sept jours; on ne peut saisir aucun rapport appréciable entre ces congestions érysipélateuses et la fluxion menstruelle, rapport que j'ai plusieurs fois observé chez les femmes dans les érysipèles à répétition.

Elle a été réglée à l'âge de treize ans, mais toujours d'une manière irrégulière, et cette irrégularité a augmenté dans ces derniers temps; elle a été très-sujette aux migraines.

Mais si ce symptôme semble lui donner, à mes yeux, la note de l'arthritisme, une autre diathèse est venue de bonne heure imprimer son cachet sur sa constitution: elle a eu des coryzas chroniques de très-longue durée, phénomène commun chez les sujets lymphatiques ainsi que les autres catarrhes chroniques.

Elle porte au devant des sterno-mastoïdiens des chapelets ganglionnaires. Il y a quatre mois qu'elle toussé et qu'elle expectore des crachats muqueux; depuis un mois elle souffre de dyspepsie flatulente, de douleurs dans les hypochondres, et en même temps son ventre a commencé à se tuméfier. Elle accuse une soif vive; depuis la même époque elle a des accès fébriles, d'abord irréguliers, qui depuis quinze jours ont revêtu la forme de la fièvre vespérale quotidienne, forme qui dans nos climats appartient le plus souvent aux fièvres symptomatiques.

Jamais elle n'a eu de diarrhée.

Depuis un mois elle a considérablement maigri et depuis quinze jours elle a été forcée d'interrompre son travail; elle est obligée de garder le repos.

Son ventre a pris un volume considérable, ses flancs sont soulevés; la tension en est diffuse et ne ressemble pas à la tumeur saillante des kystes de l'ovaire. Cette tuméfaction donne à la main qui l'explore une sensation d'empatement. La pression du doigt sur la peau de la paroi abdominale produit de longs plis radiés, indice de l'œdème du derme; le stéthoscope y laisse une impression circulaire, saillante, entourée d'une rigole.

Quand on applique la main gauche sur un des côtés et que sur l'autre on frappe avec la droite de petits coups brusques, on a la sensation de la transmission de l'ébranlement, qu'il ne faut pas confondre avec la fluctuation. Les téguments œdématisés ou les intestins, surtout quand ils sont réunis en masse par des adhérences infiltrées de sérosité, peuvent transmettre un mouvement ondulatoire qui simule la fluctuation. On interrompt du reste cette transmission en faisant appuyer une autre main posée de champ, sur la ligne médiane, où en y exerçant soi-même une compression à l'aide du pouce de la main gauche, écarté des autres doigts. D'ailleurs le ventre est généralement sonore, et le changement de décubitus ne modifie pas cette sonorité. A gauche cependant le long du côlon descendant on trouve une obscurité du son qui tient à la présence de matières dans cette partie de l'intestin, car elle est fixe et ne s'est développée que depuis deux jours.

Comme cela arrive dans tous les cas où l'abdomen est distendu, les veines sous-cutanées sont dilatées. L'examen de la poitrine fournit des renseignements importants pour le diagnostic: du côté droit la percussion donne dans les régions sus- et sous-claviculaires un son plus obscur que du côté gauche, en même temps que la tonalité y est plus élevée. Elle fait aussi constater une diminution de l'élasticité et provoque des quintes de toux. Il y a dans la même région une augmentation des vibrations thoraciques pendant la phonation.

La respiration présente une notable différence des deux côtés: à droite elle est plus faible, moins ample, moins vésiculaire, saccadée et suivie d'expiration prolongée.

A la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de la région claviculaire on entend, quand la malade toussé, ce retentissement particulier qui me paraît être un signe d'induration centrale du poumon. C'est comme un écho de la toux buccale qui succède à celle-ci et présente un timbre plus aigu.

La face est colorée, les pommettes sont plaquées de rouge, mais les lèvres sont pâles, un bruit de souffle est perçu au niveau des vaisseaux du cou. Les membres inférieurs présentent un léger œdème dû à l'anémie et à la compression des vaisseaux.

Ainsi donc, comme phénomène objectif saillant, nous trouvons chez cette malade une tympanite intestinale, c'est-à-dire une distension des intestins par des gaz.

Cette tympanite peut être aiguë ou chronique. Aiguë elle peut être due à un étranglement de l'intestin, à des obstructions fécales ou organiques. Elle est alors accompagnée de douleurs vives, de nausées, de hoquets, de vomissements bilieux ou alimentaires, qui souvent deviennent stercoraux. Un des symptômes caractéristiques est l'absence de toute évacuation de fèces ou de gaz.

Chez notre malade, la tympanite est déjà ancienne, les gaz sont expulsés, les matières fécales sont rendues avec leur forme et leur consistance normales. Cette circonstance doit encore faire écarter la pensée d'un rétrécissement organique, surtout d'un rétrécissement du gros intestin, siège le plus habituel de ces coarctations: car dans ce cas les matières seraient filées, rubanées ou ovillées. D'ailleurs, dans les tympanites causées par un obstacle à la circulation des matières fécales, on trouve dans un point quelconque du ventre des tumeurs, des rénitences, des foyers de sensibilité anormale qui font complètement défaut chez notre malade.

Toutes ces conditions pathologiques étant éliminées, la tympanite chronique reconnaît deux causes principales: l'hystérie et la péritonite chronique. Dans ce cas l'hystérie se dénonce par d'autres troubles nerveux de même nature; en général la tympanite hystérique est accompagnée de constipation; les malades peuvent rester vingt et trente jours sans évacuations, et sans qu'il en résulte ces troubles graves de la santé qu'une pareille rétention des matières fécales provoque habituellement dans d'autres conditions.

Souvent les malades n'éprouvent d'autres douleurs que celles qui résultent de la distension des parois abdominales et de la gêne de la respiration; mais ces parois, le péritoine et l'intestin peuvent ne manifester aucune sensibilité anormale. De plus la tympanite hystérique est complètement apyrétique.

Nous sommes donc conduit à soupçonner derrière cette tympanite, qui

refuse d'autres explications, l'existence d'une péritonite chronique dont la péritonite tuberculeuse est la forme la plus commune.

L'état constitutionnel de la malade, les lésions pulmonaires révélées par l'auscultation, la toux qui dure depuis quatre mois, cette fièvre vespérale accompagnée de soif vive, l'amaigrissement, l'engorgement des ganglions, sont autant de présomptions en faveur de cette opinion.

L'évolution de la phymatose dans la poitrine paraît peu avancée; elle y est circonscrite dans des limites assez restreintes; mais l'invasion du péritoine a pu faire une diversion active à l'affection pulmonaire et absorber, pour ainsi dire, l'action morbide par une sorte de balancement pathologique qu'on a souvent d'ailleurs l'occasion d'observer.

La malade nous raconte que sa fièvre du soir était accompagnée de sueurs restreintes à la région lombaire; dans les mêmes conditions je les ai vues limitées à l'abdomen ou aux membres inférieurs; on ne peut s'empêcher de rapprocher ce fait de ce qui se passe habituellement dans la phthisie pulmonaire où la transpiration est plus abondante ou limitée à la tête et à la poitrine. Faut-il invoquer une action réflexe pour expliquer ces transpirations partielles dont le siège semble varier avec le foyer du travail morbide? Nous sommes disposé à l'admettre sans pouvoir l'affirmer.

A l'appui du diagnostic de péritonite chronique nous invoquerons encore l'empatement du ventre perçu par la palpation, l'immobilité des anses intestinales, l'existence de gargouillements circum-ombilicaux, enfin les nausées et les vomissements.

La diarrhée a fait défaut, et pourrait faire supposer qu'il n'y a pas de lésions tuberculeuses de l'intestin. Mais, comme je l'ai dit ailleurs, cette conclusion ne serait pas rigoureuse.

Le pronostic est évidemment grave, mais il n'est pas désespéré, et notre opinion sur la nature de la lésion ne doit pas paralyser la lutte qui peut offrir encore quelques chances de succès; car, comme je vous le répète sans cesse, nous avons un auxiliaire dont nous ne pouvons jamais apprécier les ressources avec une rigueur absolue: c'est la nature qui combat avec nous.

Pour faire diversion à la congestion péritonéale, nous appliquerons sur l'abdomen un large vésicatoire, moyen que j'ai vu parfois suivi d'un affaissement du ventre, considérable et rapide. Quand il sera sec, si je ne juge pas opportun d'en prescrire un autre, je ferai une application de colodion superposée à un badigeonnage de teinture d'iode; ou si la résolution semble en progrès je me contenterai d'onctions avec une pommade résolutive comme la suivante:

℞ Axonge.....	30 grammes.
Extrait de ciguë.....	6 —
Iodure de potassium.....	3 —
Camphre.....	2 —

Nous ne dédaignerons pas les poudres absorbantes, de charbon et de bismuth, sans compter beaucoup cependant sur leur efficacité; mais leur action désinfectante peut être utile.

Nous prescrivons un régime très-doux, composé surtout d'aliments liquides: bouillons, potages, lait associé à l'eau de chaux, jus de viande, pour soutenir les forces sans solliciter une action trop énergique du tube digestif.

Enfin nous surveillerons les organes thoraciques avec cette prévision que l'apaisement du travail péritonitique pourrait être suivi de l'excitation et de l'aggravation des lésions pulmonaires.